

いすゞ病院検査申込用紙

FAX03-3762-9129

TEL03-3762-9127

|          |             |       |         |
|----------|-------------|-------|---------|
| 依頼元医療機関名 |             |       |         |
| 電話番号     |             | FAX番号 |         |
| フリガナ     |             |       |         |
| 患者氏名     |             |       |         |
| 生年月日     | S H R 年 月 日 | 性別    | 男 ・ 女   |
| 保健種別     | 自賠責         | 労災    | その他 ( ) |

検査目的を記入して検査機器、部位に○をしてください

検査目的：主訴ならびに病歴

[ ]

|    |    |    |    |    |     |         |
|----|----|----|----|----|-----|---------|
| CT | 単純 |    |    |    |     |         |
|    | 頭部 | 頸部 | 胸部 | 腹部 | 骨盤部 | その他 ( ) |

|     |           |            |           |               |           |  |
|-----|-----------|------------|-----------|---------------|-----------|--|
| MRI | 単純        |            |           |               |           |  |
|     | 頭部        | 頸部 (甲状腺など) | 腹部        | 骨盤 (子宮卵巣、前立腺) |           |  |
|     | 頸椎        | 胸椎         | 手関節 (右・左) | 胸腰移行部         | 腰椎        |  |
|     | 股関節 (右・左) |            | 膝関節 (右・左) |               | 足関節 (右・左) |  |
|     | その他 ( )   |            |           |               |           |  |

検査希望日

第1希望 月 日 ( ) : 頃

第2希望 月 日 ( ) : 頃

＝ ≪ いすゞ病院記入欄 ≫ ＝

確定日

月 日 ( ) :

- ・ 予約時間の30分前にいすゞ病院総合受付へこちらの用紙をお出しく下さい
- ・ 検査前に診察（問診）をいたします
- ・ インスリンポンプ・持続グルコース測定器はX線磁気の影響を受ける可能性があります  
検査前に必ず取り外しをお願いいたします（測定器のご準備をお願いいたします）
- \*MRI検査の場合は、MRIチェックシートを一緒にお出しく下さい
- ・ 車いすでの来院の方や着替えに介助が必要な方は事前にお知らせください